



DEPARTEMENT

IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification

CNMSS/DIP/SI //

Suivi par :

Tél : 04 94 16 36 00 - Fax : 04 94 16 38 32

DEMANDE D'AFFILIATION D'UNE VEUVE(VEUF)**TITULAIRE D'UNE
PENSION MILITAIRE DE REVERSION****Article L.713-1 et D.713-1 3° du code de la
sécurité sociale****RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**

- Répondez avec précision à chaque question, notamment en cochant le carré utile .
- Conservez toute demande de remboursement de frais de soins jusqu'à réception de votre nouvelle attestation de droits.
- Lisez attentivement la notice CERFA n° 50015 jointe. Elle indique :
 - les conditions à remplir et les formalités à accomplir pour bénéficier de l'affiliation à la CNMSS,
 - les pièces à joindre impérativement à l'appui de cette demande.

IDENTIFICATION

Nom de famille
(nom de naissance)

Nom du conjoint
(veuve de – veuf de)

Autre nom d'usage
(le cas échéant)

Prénoms
(dans l'ordre de l'état civil)

Date de naissance | | | | | | | | | |

Commune de naissance
Pour Paris, Lyon, Marseille indiquer l'arrondissement

Département de naissance

Territoire ou pays de naissance

Numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse actuelle

.....

Code postal | | | | | | | | **Commune**

Pays ou COM.....

CADRE RESERVE A LA CNMSS

Position au fichier :

Assuré(e) :

Conjoint :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MILITAIRE OUVRANT DROIT A PENSION

Nom

Prénom

Date du décès | | | | | | | | | |

Armée d'appartenance Terre Air Mer Gendarmerie

Situation à la date du décès

Militaire en activité Militaire retraité(e) Activité professionnelle civile

Dernière caisse de sécurité sociale

Numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'envoi | | | | | | | | | |

Suite à :

.....

.....

.....

.....

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

■ Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?

NON

OUI ⇒ Depuis quelle date :

→ S'agit-il d'une activité professionnelle :

salariée non salariée (profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant(e) agricole)

⇒ Précisez la profession exercée :

⇒ Dénomination et adresse de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous êtes affilié(e) :

Code postal Commune :

■ Avez-vous exercé une activité professionnelle dans le passé ? (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?

NON

OUI ⇒ Activité salariée : du au

du au

⇒ Activité professionnelle non salariée
(profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant(e) agricole) :

du au

du au

⇒ Précisez la **dernière** profession exercée :

⇒ Dénomination et adresse de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous étiez affilié(e) :

Code postal Commune :

⇒ Précisez jusqu'à quelle date vous avez bénéficié du remboursement de vos frais de soins auprès de cette caisse : **Joindre votre dernière attestation de droits.**

Si vous avez cessé toute activité depuis moins de 3 ans,

répondez aux questions complémentaires suivantes : ↓

⇒ La cessation est-elle consécutive à une maladie ou à un accident ?

NON

OUI

⇒ Avez-vous perçu des indemnités journalières (prestations en espèces) ?

NON

OUI

⇒ Joindre une attestation de la caisse qui vous a versé ces prestations en indiquant de date à date la période indemnisée.

⇒ La cessation est-elle consécutive à une perte d'emploi ?

NON

OUI

⇒ Avez-vous été indemnisé(e) à ce titre par POLE EMPLOI ou avez-vous déposé une demande d'indemnisation ?

NON

OUI

⇒ du au

Précisez la date de début et de fin d'indemnisation.

Joindre une photocopie de la dernière décision de POLE EMPLOI.

Tant que vos droits à indemnisation ne sont pas épuisés, vous devez demeurer rattaché(e) à votre caisse d'affiliation actuelle.

Votre demande d'affiliation n'est pas recevable, si vous avez des droits ouverts auprès d'un autre régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle

AVANTAGES ATTRIBUES OU DEMANDES
Retraite – Vieillesse – Invalidité – Accident du travail...

■ **Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pensions civiles ? (Françaises ou étrangères)**

↳ **de réversion ?**

NON

OUI ⇒ *Joindre impérativement la photocopie de chaque titre de pension.*

↳ **du fait d'un droit personnel ?**

NON

OUI ⇒ *Joindre impérativement la photocopie de chaque titre de pension.*

■ **Avez-vous demandé la liquidation d'un de ces avantages dont vous ne percevez pas pour l'instant les arrérages ?**

NON

OUI ⇒ du fait d'une activité personnelle

⇒ à titre de réversion

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESIDENCE A L'ETRANGER, A MAYOTTE OU DANS UNE COLLECTIVITE D'OUTRE MER
(Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon)

■ Depuis quelle date résidez-vous hors de France ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ Dans quel pays ou territoire ?

■ Vos frais de soins sont-ils pris en charge par une caisse de sécurité sociale ?

NON

OUI ⇒ Dénomination et adresse de cette caisse :

Code postal

--	--	--	--	--	--	--

 commune

⇒ A quel titre y êtes-vous rattaché(e) ?

■ Avez-vous transféré définitivement votre résidence en France ?

NON

OUI ⇒ depuis le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ Effectuez-vous en France un séjour temporaire ?

NON

OUI ⇒ du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 au

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DECLARATION

Je demande à être affilié(e) à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale en qualité de titulaire d'une pension militaire de réversion.

Je soussigné(e) déclare sincères et véritables les renseignements que j'ai fournis ci-dessus.

Je m'engage à porter à la connaissance de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale toute modification dans ma situation qui serait susceptible d'entraîner la suspension ou l'annulation de mon affiliation à la sécurité sociale militaire.

Fait à le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

IMPORTANT

⇒ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (information, accès, rectification, opposition,.....) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS ou par courrier postal à : CNMSS-DGR/SJR-Délégué à la protection des données personnelles-247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9, en précisant l'objet de votre demande ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale ».

⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).